Décembre 2014 n° 133

la Lettre

Ad'ap, mode d'emploi p. 4

Le taux de sinistralité reste orienté à la hausse p. 20

L'OGDPC n'a plus d'argent, c'est officiel p. 14

Nous ne sommes pas des marchands de prothèses

ONCD ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

4 L'ÉVÉNEMENT
Ad'ap, mode d'emploi

25 DOSSIER
ASSISES ORDINALES
Le Congrès de l'Ordre à Nice

ACTUALITÉS

10 DEVIS UNIQUE
Vers la « transparence » sur le prix d'achat de la prothèse ?

12 DÉONTOLOGIE
Que publient les moteurs de recherche sur nous ?

14 DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU
L'OGDPC n'a plus d'argent, c'est officiel

16 MESURES INCITATIVES
Le CESP en dentaire, ça marche !

19 VIE ORDINALE
Le bureau du Conseil national à Reims

20 RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE
Le taux de sinistralité reste orienté à la hausse

22 APPEL À CANDIDATURES
Constitution du nouveau conseil départemental de l'Aveyron

23 DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES
105 nouveaux étudiants reçus à l'internat

24 DERNIÈRE MINUTE

JURIDIQUE

34 RÉGIME SOCIAL
S'opposer à l'affiliation à la sécu, c'est avoir tort par la punition !

38 COUR DE CASSATION
Traitement ODF : la Cour de cassation droite dans ses bottes

PORTRAIT

42 ÉRIC LENFANT
Mayday

LA LETTRE EXPRESS

43 Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

Plus d'info sur
www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

Christian Couzinou
Président
du Conseil national

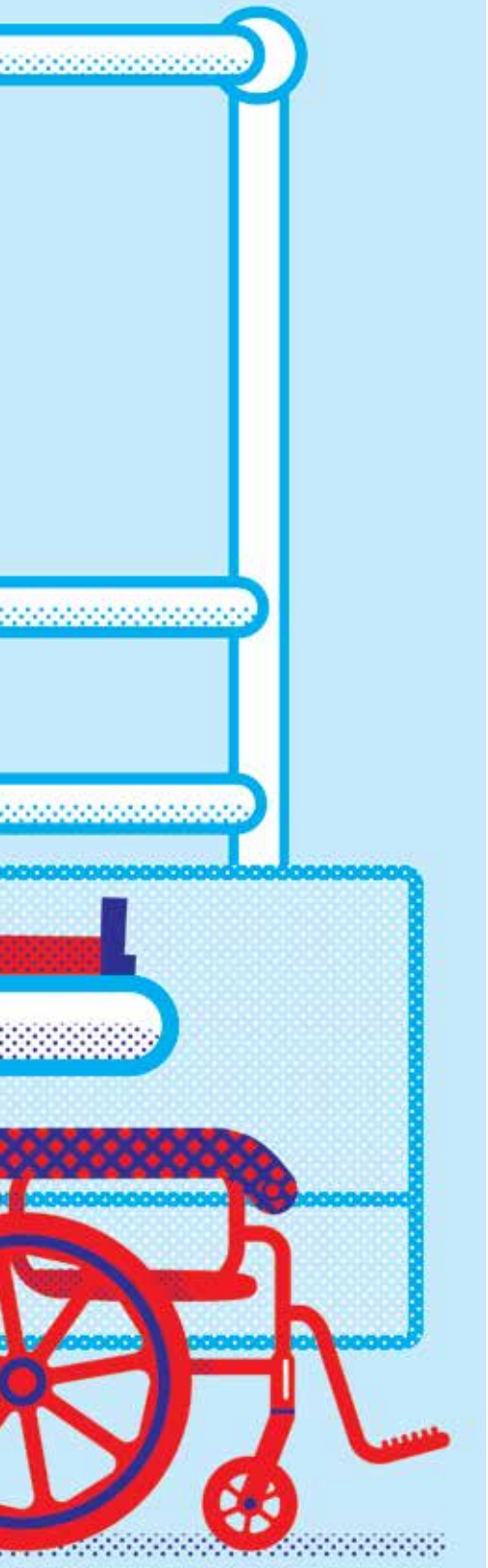
Vide sidéral

Nous pensions exercer une profession médicale ?
Pas du tout ! Nous pensions ne pas pratiquer la médecine bucco-dentaire comme un commerce ? Que nenni !
Par la grâce des propositions du député Richard Ferrand, nous serions donc bombardés détaillants en prothèses et plongés dans le délicieux bain concurrentiel.
Six à neuf années d'études médicales pour obtenir le droit de tenir un petit commerce ! Nos patients vont adorer : ils confieraient désormais leur bouche à des négociants en matériels dentaires. Au vrai, la potion est amère.
Nous n'avons cessé de marteler, lors de notre audition devant la mission Ferrand, que l'acte prothétique était un acte médical global. Que la transparence promise aux patients-consommateurs ne permettrait en aucune manière de faire baisser le coût de l'acte prothétique.
Ce hochet, que l'on agite devant l'opinion publique, cette « transparence », dont l'autre nom est « démagogie », jette en réalité un voile opaque sur le reste à charge.
C'est ce reste à charge qui pèse sur les ménages.
Emmanuel Macron a déclaré que cette « transparence » serait finalement intégrée, par voie d'amendement, dans la loi de santé publique, qui sera discutée au printemps prochain. Si cette disposition était adoptée, et l'Ordre fera tout pour qu'il n'en soit pas ainsi, elle ne résoudrait rien. La Cour des comptes, n'en doutons pas, continuera de dénoncer l'absence de financement de la santé bucco-dentaire, ce mal que nous traînons comme un boulet depuis des décennies. Cela, oui, mériterait d'être débattu en toute transparence.

« Ce hochet, cette "transparence" démagogique que l'on agite devant l'opinion, jette un voile opaque sur le reste à charge des actes prothétiques. »

On prête à l'ancien président du Conseil, Henri Queuille, l'aphorisme suivant : *« Il n'est pas de problème dont une absence de solution ne finisse par venir à bout. »*
On en est là. Une telle mesure relèverait du vide sidéral. À ceci près qu'elle pèserait sur notre profession, en termes d'image et de confiance, ce que nous n'acceptons pas.

Ad'ap



Ad'ap mode d'emploi

Deux textes récents précisent de manière concrète la nouvelle donne issue de la création des Agendas d'accessibilité programmée (Ad'ap).

Un premier décret, publié au *JO* le 6 novembre dernier, précise la mise en œuvre des Agendas d'accessibilité programmée (Ad'ap) destinés aux praticiens dont les cabinets dentaires ne respectent pas les normes d'accessibilité au 31 décembre 2014 [1]. Le texte définit les modalités d'application des Ad'ap, les conditions dans lesquelles ces agendas sont approuvés par les autorités administratives ainsi que les règles dérogatoires aux normes de construction actuelles.

Un second décret, publié le même jour, introduit une réglementation spécifique pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public (ERP) et des installations ouvertes au public situés dans un cadre bâti existant. Il apporte des modifications et des précisions lorsque le praticien souhaite faire une demande de dérogation [2].

VOTRE CABINET DENTAIRE EST AUX NORMES

Si le cabinet dentaire est accessible au 31 décembre 2014, le praticien doit adresser avant le 1er mars 2015 à la préfecture une *« attestation d'accessibilité »*. Ce

›››

document contient une déclaration sur l'honneur caractérisant la conformité du cabinet dentaire. Il précise également la dénomination de l'établissement, sa catégorie, son type ainsi que le nom du propriétaire ou de l'exploitant du cabinet dentaire et son numéro Siren/Siret ou, à défaut, sa date de naissance.

Une copie de l'attestation est également adressée à la commission pour l'accessibilité de la commune d'implantation du cabinet dentaire, qui la transfère, le cas échéant, à la commission intercommunale compétente.

Un arrêté déterminera les modalités de présentation de l'attestation. Un modèle type d'attestation sur l'honneur sera disponible sur le site du ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie.

Attention, l'attestation n'est pas nécessaire lorsque le praticien prévoit soit de fermer son cabinet dentaire, soit de solliciter un changement de destination de ce dernier ayant pour effet de ne plus y recevoir du public au plus tard le 27 septembre 2015 [3].

VOTRE CABINET NE SERA PAS ACCESSIBLE AU 31 DÉCEMBRE 2014

Si le cabinet dentaire n'est pas accessible au 31 décembre 2014, alors le praticien doit adresser soit à la mairie, soit à la préfecture, au plus tard le 27 septembre 2015, un agenda d'accessibilité programmé.

Lorsque l'Ad'ap porte sur un seul cabinet dentaire et pour une seule période de trois ans, le dossier complété de la demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un ERP est adressé en quatre exemplaires au maire de la commune d'implantation du cabinet dentaire lorsque ce dernier est compétent pour statuer sur la demande d'autorisation. Le praticien devra également adresser un exemplaire à la commission pour l'accessibilité de la commune où est implanté le cabinet dentaire. Le cas échéant, le dossier d'Ad'ap est soumis à la préfecture, en deux exemplaires, par pli recommandé avec demande d'avis de réception et par voie électronique.

Un autodiagnostic en ligne

Le ministère du Développement durable met à la disposition des praticiens un outil de diagnostic en ligne sur l'accessibilité de son cabinet dentaire. Cet outil *« d'autodiagnostic du niveau d'accessibilité de son ERP »* permet, en répondant à une série de questions, de savoir précisément où l'on en est s'agissant de l'application de la loi sur l'accessibilité.
www.accessibilite.gouv.fr («Réalisez votre diagnostic» / «Cabinet médical»)

CONSTITUER SON DOSSIER D'AD'AP

Le dossier d'un Ad'ap doit contenir les pièces suivantes :

- Les coordonnées du praticien, son numéro Siren/Siret ou, à défaut, sa date de naissance ;
- La catégorie et le type de l'établissement recevant du public ;
- La situation de l'établissement par rapport aux obligations d'accessibilité ;
- La nature des travaux permettant la mise en conformité ainsi que, le cas échéant, l'indication des exigences auxquelles il ne peut être satisfait et qui feront l'objet d'une demande de dérogation ;
- La programmation des travaux ou autres actions menées de mise en accessibilité portant sur chaque année de la période ;
- L'estimation financière de la mise en accessibilité ainsi que la répartition des coûts sur les années de l'agenda.

La date de la publication du formulaire Cerfa pour demander à entrer dans le dispositif Ad'ap n'est pas définie, à ce jour, par le ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie. Ce document sera mis en ligne dès sa publication au *JO*. En attendant, le praticien peut d'ores et déjà réunir les pièces constitutives du dossier d'Ad'ap *via* le lien *« Éléments à réunir en attendant la publication du Cerfa »* téléchargeable à partir de l'adresse *http://www.developpement-durable.gouv.fr/Formulaires-Cerfa-et-modeles-types.html.*

OBTENIR UN DÉLAI SUPPLÉMENTAIRE

Lorsque le praticien souhaite obtenir un délai dépassant les trois ans, il doit joindre à son dossier d'Ad'ap les pièces énoncées ci-dessus ainsi que tous les éléments établissant la nécessité de bénéficier de cette durée, notamment l'impact de la réalisation des travaux de

Si votre cabinet dentaire n'est pas accessible au 31 décembre 2014, vous devez adresser soit à la mairie, soit à la préfecture, un agenda d'accessibilité programmé, au plus tard le 27 septembre 2015.

mise en accessibilité et de l'exécution d'autres obligations légales sur sa situation budgétaire et financière.

Un arrêté viendra préciser les éléments permettant d'apprécier la situation budgétaire et financière du demandeur d'Ad'ap, en particulier les seuils dont le dépassement justifie le bénéfice de la ou des périodes supplémentaires sollicitées.

DÉLAIS D'APPROBATION ET PROCESSUS DE L'AD'AP

Le délai d'instruction de la demande d'approbation d'un Ad'ap est de quatre mois à compter de la date de réception du dossier complet.

Lorsque le dossier est incomplet, l'autorité à laquelle il est adressé indique, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande, les pièces manquantes et le délai imparti pour les produire, qui ne peut être supérieur à un mois.

Le préfet sollicite à son tour, dans le mois qui suit le dépôt du dossier complet, l'avis de la commission d'accessibilité.

Si la commission de l'accessibilité ne s'est pas prononcée sur le projet d'Ad'ap dans un délai de deux mois à compter de sa saisine, elle est réputée avoir émis un avis favorable.

Attention, le rejet de l'Ad'ap ou de la dérogation aux règles d'accessibilité vaut toutefois rejet des deux demandes.

Une fois son dossier d'Ad'ap validé, le praticien peut commencer les travaux ou l'aménagement de son cabinet dentaire. À la fin de la première année, il doit faire un point de situation des actions effectuées. À mi-parcours, il doit dresser un bilan des actions exécutées et, en fin d'Ad'ap, transmettre à la préfecture une attestation d'achèvement des travaux. Un exemplaire est à déposer à la mairie. Il sera transmis à la commission pour l'accessibilité de la commune ou à la commission intercommunale compétente.

QUATRE DÉROGATIONS POSSIBLES

Le représentant de l'État dans le département où est implanté le cabinet dentaire peut accorder des dérogations aux règles d'accessibilité :

- **Lorsqu'il y a une disproportion manifeste** entre les améliorations apportées par la mise en

»»»

La dérogation est accordée de plein droit lorsque les copropriétaires d'un bâtiment à usage principal d'habitation, existant au 28 septembre 2014, s'opposent à la réalisation des travaux de mise en accessibilité du cabinet dentaire installé dans ce bâtiment.

>>> œuvre des prescriptions techniques d'accessibilité, d'une part, et leurs coûts, leurs effets sur l'usage du bâtiment et de ses abords ou la viabilité de l'exploitation du cabinet dentaire, d'autre part, notamment :

– Lorsque le coût ou la nature des travaux d'accessibilité sont tels qu'ils s'avèrent impossibles à financer ou qu'ils ont un impact négatif critique sur la viabilité économique du cabinet dentaire et que l'existence de cette impossibilité ou de ces difficultés est établie notamment par le dépassement des seuils fixés par arrêté ;

– Lorsqu'une rupture de la chaîne de déplacement au sein de l'emprise du cabinet dentaire rend inutile la mise en œuvre, en aval de cette rupture, d'une prescription technique d'accessibilité pour le ou les types de handicap déterminés. Par exemple, il est inutile d'obliger à rendre des sanitaires accessibles à un étage qui ne le serait pas.

• **Lorsque les copropriétaires d'un bâtiment à usage principal d'habitation existant au 28 septembre 2014, réunis en assemblée générale, s'opposent à la réalisation des travaux** de mise en accessibilité du cabinet dentaire existant ou créé dans ce bâtiment. La dérogation est alors accordée de plein droit.

• **En cas d'impossibilité technique résultant de l'environnement du bâtiment**, notamment des caractéristiques du terrain, de la présence de constructions existantes ou de contraintes liées au classement de la zone de construction, notamment au regard de la réglementation de prévention contre les inondations ou en raison de difficultés liées à ses caractéristiques ou à la nature des travaux qui y sont réalisés.

• **En cas de contraintes liées à la conservation du patrimoine architectural** dès lors que les travaux doivent être exécutés :

– À l'extérieur et, le cas échéant, à l'intérieur d'un bâtiment classé au titre des monuments historiques ou sur un bâtiment situé dans un secteur sauvegardé dont la démolition, l'enlèvement, la modification ou l'altération sont interdits ou dont la modification est soumise à des conditions spéciales ;

– Sur un cabinet dentaire situé aux abords et dans le champ de visibilité d'un monument historique classé ou inscrit, ou dans une aire de mise en valeur de l'architecture et du patrimoine ou dans un secteur sauvegardé, lorsque ces travaux sont de nature à porter atteinte à la qualité de ces espaces protégés.

Dans le cas où l'établissement remplit une mission de service public, le représentant de l'État dans le département ne peut accorder une dérogation que si une mesure de substitution est prévue.

LA DEMANDE DE DÉROGATION INCLUSE DANS L'AD'AP

La demande de dérogation doit être incluse dans l'Ad'ap et transmise en trois exemplaires au re-

présentant de l'État dans le département [4]. Elle indique les règles auxquelles le praticien souhaite déroger, les éléments du projet auxquels elles s'appliquent, les justifications produites dont la nature est précisée par un arrêté du ministre chargé de la Construction ainsi que les mesures de substitution proposées dans le cas où l'établissement remplit une mission de service public. ■

(1) Décret n° 2014-1327 du 5 novembre 2014 relatif à l'Agenda d'accessibilité programmée pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public.

(2) Décret n° 2014-1326 du 5 novembre 2014 modifiant les dispositions du Code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public.

(3) Article R. 111-19-33 V du Code de la construction et de l'habitation.

(4) Le document Cerfa n° 13824-02 est prévu à cet effet.

Que se passe-t-il si...

■ **Aucun Ad'ap n'est déposé ?**
Le préfet pourra sanctionner par une amende financière.

■ **Aucun Ad'ap ne peut être déposé compte tenu de la situation financière du praticien ?**
En cas de procédure collective ou amiable, de capitaux propres négatifs ou de ratio d'endettement excessif certifié par l'expert-comptable ou le comptable public, il peut être demandé au préfet un report du délai de dépôt de l'Ad'ap pour une période maximale de trois ans. Rappelons qu'un praticien peut solliciter pour son cabinet dentaire une demande de dérogation aux règles d'accessibilité pour disproportion entre les coûts de mise en accessibilité et les gains en matière d'accessibilité.

■ **Le dossier d'Ad'ap déposé n'a pas été approuvé par le préfet ?**
Un nouveau dossier peut être déposé dans le délai indiqué par le préfet, sans pénalité de retard.

■ **L'Ad'ap n'est pas respecté ?**
Le préfet, après avis de la Commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité (CCDSA), pourra prendre des mesures allant d'un délai complémentaire de 12 mois au maximum, assorti de la constitution ou non d'une provision, à une sanction financière.

■ **Le point de situation ou le bilan des travaux à mi-parcours ou encore le bilan d'achèvement pour un Ad'ap à plusieurs périodes n'est pas transmis ?**
Le préfet pourra sanctionner chaque non-transmission par une amende.

■ **Le projet d'Ad'ap n'est pas déposé dans le délai ?**
Si un dossier est déposé plus de 12 mois après la publication de l'ordonnance (après le 27 septembre 2015), la durée de l'Ad'ap sera réduite à due concurrence du retard et une pénalité de 1 500 euros devra être acquittée par le praticien.

■ **En cas d'événement extérieur imprévisible ?**
Pour les personnes physiques ou morales ayant engagé un Ad'ap qui subissent un cas de force majeure, elles pourront demander au préfet une prorogation du délai d'exécution de l'Ad'ap.

■ **En cas de difficulté grave ou imprévue ?**
Pour les personnes physiques ou morales qui se trouvent confrontées à une difficulté technique (rupture de fournitures, marché infructueux, chantier avec amiante...) ou financière, le préfet pourra autoriser une prorogation de la durée de l'Ad'ap pour une durée maximale d'un an.

Quels interlocuteurs pour une information personnalisée ?

- Les Directions départementales des territoires et de la mer (DDTM) ;
- Les Chambres de commerce et d'industrie (CCI) ;
- L'Union nationale des professions libérales (UNAPL)
- Les collectivités territoriales : intercommunalité, commune, département.

Vers la « transparence » sur le prix d'achat de la prothèse ?

Si le rapport Ferrand, commandé par Emmanuel Macron, assouplit les mesures prônées par l'Inspection générale des finances, le député maintient les propositions quant à l'information sur le prix d'achat des prothèses.

Sur le plateau de l'émission *Capital*, le 9 novembre dernier, Emmanuel Macron s'est déclaré en accord avec la proposition du rapport Ferrand consistant pour le praticien à faire figurer le prix d'achat de la prothèse dans son devis au patient. Une disposition, a-t-il déclaré, qui serait finalement intégrée à la future loi de santé, laquelle sera présentée par Marisol Touraine au printemps prochain. Que dit le rapport Ferrand, commandé par le ministre de l'Économie et des finances au député Richard Ferrand ? Intitulé *« Pour une nouvelle jeunesse »*, on peut le considérer, dans son approche globale, comme une version édulcorée du rapport choc de l'Inspection générale des finances (IGF) sur la réforme de 37 professions réglementées, y compris la nôtre.

Le rapport Ferrand écarte la plupart des professions réglementées pour se concentrer sur deux professions de santé (les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens) et sur les professions juridiques réglementées (huissiers, avocats, notaires).

La mission dirigée par Richard Ferrand avance 28 propositions pour mettre en adéquation les *« nouveaux besoins des territoires avec les exigences de modernisation du cadre juridique des professions concernées* [1]. *Cette modernisation appelle un certain nombre de ruptures avec le fonctionnement et l'organisation tels qu'ils existent »*.

28 propositions sont avancées pour harmoniser les nouveaux besoins des territoires et la modernisation du cadre juridique des professions réglementées.

Le rapport Ferrand reprend deux propositions issues du rapport de l'IGF qui impactent directement notre profession : la transparence des tarifs liés aux soins prothétiques, avec la remise en question du devis unique, et l'ouverture du capital des SEL.

En substance, dans la proposition 15 intitulée *« Assurer la transparence des tarifs pratiqués »*, la mission estime que la transparence serait assurée avec *« l'affichage des tarifs [dans les] cabinets des professions de santé ; l'information quant à l'identification et la traçabilité des dispositifs médicaux fournis, l'information préalable des patients des frais auxquels ils vont être exposés et sur les conditions de leur prise en charge ; la remise d'un devis préalable, faisant apparaître le prix d'achat du dispositif médical, lorsque la prestation inclut la four-*

L'ESSENTIEL

- ✔ **Le rapport Ferrand prône une meilleure « transparence » des frais liés aux soins prothétiques, notamment avec la mention du prix d'achat de la prothèse dans le devis.**
- ✔ **Emmanuel Macron, qui soutient cette disposition, a déclaré qu'elle serait intégrée à la prochaine loi de santé, au printemps prochain.**
- ✔ **Le rapport Ferrand ne mentionne plus la suppression du numerus clausus, et adoucit les propositions sur le capital des SEL, qui serait ouvert aux seuls professionnels de santé.**

niture d'un tel dispositif. Cette règle serait par conséquent applicable aux chirurgiens-dentistes, lorsque leur intervention nécessite la commande et la pose d'une prothèse».

S'agissant de l'ouverture du capital des SEL, le rapport Ferrand met de l'eau dans le vin initial de l'IGF, qui souhaitait ouvrir ce capital aux non-professionnels de santé. Le député plaide, lui, pour une ouverture du capital, mais limitée aux professionnels de santé *«sous réserve du respect des règles d'incompatibilité»*. Le but affiché vise à *«favoriser le développement de l'activité et l'innovation, que la réglementation actuelle ne permet pas»*. Pour la mission, *«bien que l'ouverture capitalistique ne remette* a priori *en cause ni l'indépendance d'exercice ni l'indépendance professionnelle, les règles déontologiques pourraient être renforcées»*. C'est pourquoi *«l'ouverture du capital, bien que limitée aux interprofessions, devrait s'accompagner d'une vigilance accrue des instances ordinales»*.

L'ouverture du capital des SEL, limitée aux interprofessions, devrait s'accompagner d'une vigilance accrue des instances ordinales.

Dans un communiqué de presse daté du 3 novembre, Emmanuel Macron indique que ces propositions *«ont vocation à enrichir le projet de loi»*, qui devrait être finalisé à la mi-décembre, puis le débat parlementaire au printemps 2015. ■

(1) Au total, la mission aura conduit 32 auditions dont celle du président de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Christian Couzinou.

Que publient les moteurs de recherche sur nous ?

Des informations circulent sur Internet, à notre insu et *via* des moteurs de recherche, dont certaines portent sur des avis anonymes de patients. Vérifiez ces informations : au besoin, vous pouvez faire valoir le droit d'opposition prévu dans la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Quelle est notre image professionnelle sur Internet ? Quelles informations s'affichent lorsque nous saisissons notre nom, en tant que professionnels, sur un moteur de recherche ? Et pouvons-nous maîtriser ces informations ? La question est importante : puisque les données nous concernant sont publiées en ligne à notre insu, comment en assurer le contrôle ? Le plus souvent, nos noms, prénoms, numéros de téléphone et adresses professionnelles – parfois géolocalisées sur une carte virtuelle – sont publiés. De surcroît, les moteurs de recherche proposent aux internautes de « noter » les praticiens. Et, bien sûr, font remonter dans leurs pages de résultats des avis sur nos « performances » professionnelles.

Sur le fond, la présence d'avis, par définition invérifiables, est suscep-

tible de nuire à la bonne information du public prônée par l'État. L'objectif poursuivi par les pouvoirs publics est de permettre au grand public d'accéder à l'information la plus fiable et la plus objective possible s'agissant des professionnels médicaux. Cet objectif est clairement traduit dans le Code de la santé publique (CSP), qui s'oppose à ce que les chirurgiens-dentistes puissent être mentionnés sur ces « services » comportant un tel système de notation.

Inciter le patient/internaute à donner son avis *via* un système de notation sur les soins qu'il a reçus d'un chirurgien-dentiste n'est pas anodin, ni pour le patient, ni pour le professionnel. Le problème étant que les moteurs de recherche, s'ils donnent effectivement la possibilité aux internautes d'apporter leurs témoignages sur tel ou tel praticien, se dédouanent dans le même temps de toute responsabilité, tel que le stipulent leurs conditions générales d'utilisation.

Inviter un patient sur une page Internet, établie au nom de son chirurgien-dentiste, à émettre un avis sur les soins dont il a bénéficié est risqué :

– pour le patient, qui va être amené à décrire les soins reçus et donc à divulguer en ligne ses données de santé (étant précisé que l'information selon laquelle tel patient a consulté tel praticien est déjà en elle-même couverte par le secret médical) ;

– pour le praticien, qui pourrait se voir reprocher d'avoir eu recours à un service encourageant les patients à divulguer leurs données de santé.

À la suite d'une affaire opposant un moteur de recherche et un internaute espagnol, la Cour de justice de l'Union européenne a cru devoir publier un communiqué de presse. Elle explique que *« l'exploitant d'un moteur de recherche sur Internet est responsable du traitement qu'il effectue des données à caractère personnel qui apparaissent sur des pages Web publiées par des tiers. Ainsi, lorsque, à la suite d'une recherche effectuée à partir du nom d'une personne, la liste de résultats affiche un lien vers une page Web qui contient des informations sur la personne en question, la personne concernée peut s'adresser directement à l'exploitant ou, lorsque celui-ci ne donne pas suite à sa demande, saisir les autorités compétentes pour obtenir, sous certaines conditions, la suppression de ce lien de la liste des résultats* [1] ».

L'Ordre invite les praticiens à vérifier les informations diffusées sur Internet à leur insu par les moteurs de recherche. Si ces informations contreviennent au CSP, le praticien doit faire valoir le droit d'opposition prévu dans la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés afin de faire supprimer les informations non autorisées. ■

La présence sur le Web d'avis, par définition invérifiables, peut nuire à la bonne information du public prônée par l'État.

L'ESSENTIEL

✔ **Des notations de praticiens circulent sur Internet *via* des moteurs de recherche à l'insu des chirurgiens-dentistes.**

✔ **Le Code de la santé publique interdit que de telles informations soient publiées.**

✔ **Si ce type d'informations est rendu accessible par les moteurs de recherche, le praticien peut faire valoir le droit d'opposition prévu dans la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.**

(1) Communiqué de presse n° 10/14 de la Cour de justice de l'Union européenne en date du 13 mai 2014.

L'OGDPC n'a plus d'argent, c'est officiel !

Désormais, un seul programme de DPC annuel sera pris en charge. La question du financement de l'OGDPC n'est pas réglée pour autant.

Depuis le 17 octobre dernier, un programme de DPC par praticien, et un seul programme, est financé par l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) [1]. Telle est la mesure officialisée par deux textes récemment publiés au *JO* [2]. On notera le sens de la formule de ces textes, qui visent à *« améliorer la régulation budgétaire »* de l'OGDPC. En réalité, ils modifient en profondeur le système de financement et de gestion du DPC des libéraux de santé. De quoi s'agit-il ? Auparavant, l'OGDPC finançait l'intégralité des programmes de DPC. Désormais il *« concourt au financement du développement professionnel continu »*. En clair, l'OGDPC n'est plus dans l'obligation légale de financer intégralement le dispositif. Qui assumera la responsabilité financière que l'OGDPC ne peut plus endosser ? Pour l'heure, les pouvoirs publics ne le précisent pas. Le Conseil de surveillance du DPC, qui représente l'ensemble des professionnels de santé, est monté au créneau et dénonce cette décision à l'unanimité, dans une motion parue le 14 octobre dernier. Pour le Conseil de surveillance,

« vouloir en cours d'année modifier les règles budgétaires et de gestion est totalement inacceptable ». Une telle décision entraînerait selon lui *« une situation injustement inégalitaire entre les différents professionnels face à leur obligation réglementaire de formation, certains ayant pu répondre à leur obligation annuelle avec une prise en charge par l'OGDPC et d'autres non »*.

le Conseil de surveillance avait pourtant lancé des signaux d'alerte par quant au manque d'efficience et de moyens financiers du DPC. En témoigne un rapport publié en mars 2014 dans lequel le Conseil de surveillance retraçait des difficultés connues depuis déjà plus d'un an : *« Dès la première réunion du groupe de travail, le 28 mars 2013, il a semblé évident que les difficultés organisationnelles n'étaient pas uniquement liées à la problématique du financement du DPC pour les salariés, mais à l'organisation générale du dispositif de DPC, à sa compréhension et à sa faisabilité.* [3] »

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) faisait quant à elle un constat tout aussi alarmant dont *La Lettre* s'était fait l'écho [4].

L'ESSENTIEL

✔ **Depuis le 17 octobre 2014, l'OGDPC ne prendra financièrement en charge qu'un seul programme de DPC par an et par praticien.**

✔ **Les praticiens inscrits à un ou plusieurs programmes avant cette date seront pris en charge pour l'ensemble de leurs inscriptions dans la limite de leur enveloppe annuelle.**

✔ **Désormais l'OGDPC ne financera donc plus l'intégralité des programmes de DPC.**

Le DPC des chirurgiens-dentistes

- **577 organismes enregistrés.**
- **614 organismes ont effectué une demande d'enregistrement entre le 1er juin et le 31 décembre 2013.**
- **24 organismes enregistrés entre le 1er juin et le 31 décembre 2013 dont 4 organismes évalués favorablement.**
- **643 programmes déposés en 2013.**
- **4 081 chirurgiens-dentistes ont validé au moins un programme de DPC en 2013.**

Pour l'OGDPC, cette limitation à un programme annuel par praticien s'explique par *« le dynamisme des inscriptions des professionnels de santé à un programme de DPC en 2014 »*. C'est un point de vue. Initialement porté à 155 millions d'euros, le budget total du DPC a très vite été épuisé. Un budget rectificatif a été voté pour augmenter l'enveloppe initiale 2014 de 13 millions d'euros. Une goutte d'eau, à en croire l'étude prospective de l'Igas, qui avait estimé, dans son rapport, un coût total s'élevant à 565 millions d'euros [5].

Gageons néanmoins que ce nouveau mode de financement délivrera une bouffée d'oxygène au système de DPC car notre système de santé fonde, en partie, sa qualité et sa performance dans la formation constante de l'ensemble des professionnels de santé. ■

(1) Selon l'OGDPC, les chirurgiens-dentistes inscrits avant le 17 octobre 2014 à un ou plusieurs programmes de DPC, seront bien pris en charge pour l'ensemble de leurs inscriptions dans la limite de leur enveloppe annuelle.

(2) Décret n° 2014-1138 du 7 octobre 2014 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu et arrêté du 7 octobre 2014 portant approbation de la modification de la convention constitutive du groupement d'intérêt public *« Organisme gestionnaire du développement professionnel continu »*.

(3) Rapport *« Financement de l'obligation annuelle de DPC des professionnels de santé salariés »* du groupe de travail issu du Conseil de surveillance du DPC du 20 mars 2014.

(4) Lire l'article « Faut-il (et comment) sauver le DPC ? », *La Lettre* n° 128, pp. 8-10.

(5) Le rapport de l'Igas peut être téléchargé à l'adresse *http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2013-126R_controle_OGDPC.pdf*

Pour toute demande d'information, contacter l'OGDPC par courriel à l'adresse : communication@ogdpc.fr.

CESP

Le CESP en dentaire, ça marche !

76 contrats d'engagement de service public (CESP) ont été signés dès la première année de sa mise en route en odontologie. Pour l'année 2014-2015, 95 CESP sont proposés aux étudiants.

Fort du succès rencontré l'année passée, le ministère de la Santé vient d'ouvrir 95 contrats d'engagement de service public (CESP) répartis dans les 16 facultés d'odontologie pour l'année 2014-2015 [1]. Dans notre profession, le dispositif CESP aura connu un véritable engouement. Au total, dès sa première année de mise en application (2013-2014), 76 contrats ont été signés par des étudiants en odontologie en, ce qui représente plus de 85 % du nombre total de contrats (89) qui étaient à pourvoir. *« C'est un bilan très positif et nous avons eu raison de nous battre pour l'ouverture de ce dispositif aux étudiants en odontologie. L'augmentation du nombre des CESP pour l'année 2014-2015 traduit un véritable succès »*, explique Myriam Garnier, secrétaire générale du Conseil national et présidente de la Commission de la démographie. Preuve de cette réussite, en cours d'année 2013-2014, le contingent de CESP ouvert aux étudiants en odontologie a été significativement augmenté de 50 à 89. En pratique, des CESP initialement prévus pour les étudiants en médecine ont été redistribués aux étudiants en chirurgie dentaire.

Initialement prévus pour des étudiants en médecine, des contrats ont été redistribués en 2013-2014 à des étudiants en chirurgie dentaire.

Le bémol : en 2013-2014, le dispositif n'a pas eu le résultat escompté dans trois facultés d'odontologie (un contrat pourvu à Aix-Marseille pour trois proposés, deux à Brest et deux à Montpellier pour trois également proposés). Myriam Garnier avance plusieurs raisons à cet égard, parmi lesquelles *« des problèmes d'organisation au sein des commissions de sélection et le manque d'information de la part des facultés ou des instances impliquées dans le dispositif »*.

Ce que confirme Damien Lorre, vice-président de l'Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD), lui-même signataire d'un CESP en 2013 : *« Malgré une campagne d'af-* »»»

L'ESSENTIEL

- ✔ **76 contrats d'engagement de service public ont été signés par des étudiants en odontologie en 2013-2014.**
- ✔ **95 contrats ont été ouverts pour l'année universitaire 2014-2015.**
- ✔ **L'étudiant reçoit une bourse de 1 200 euros. En contrepartie, il s'engage à exercer sur un territoire sous-doté pour une durée au moins égale à celle du versement de la bourse.**

fichage dans les services de scolarité des UFR, certaines modalités ne sont pas assez claires, notamment en termes de fiscalité ou lorsque l'étudiant s'oriente vers l'internat.»

Rappelons que le CESP est une mesure incitative pour lutter contre les déserts médicaux [2]. En signant un CESP, l'étudiant reçoit une bourse de 1 200 euros jusqu'à la fin de ses études. En contrepartie, il s'engage à exercer, une fois son diplôme acquis, sur un territoire sous-doté pendant une durée au moins égale à celle du versement de la bourse.

Sur le fond, Myriam Garnier insiste sur le fait que l'étudiant candidat au CESP *«ne doit pas considérer cette aide comme une fin en soi. En réalité, il s'agit d'ancrer le jeune praticien dans un territoire (projet de vie sociale) afin qu'il y exerce au-delà du terme de son contrat. De plus, ce dispositif vise en priorité les étudiants de deuxième et troisième année».*

Répartition des CESP dans les 16 UFR d'odontologie pour l'année 2014-2015

FACULTÉS D'ODONTOLOGIE	NOMBRE DE CESP
Aix-Marseille	3
Auvergne – Clermont-Ferrand-I	10
Bordeaux-II	4
Brest	3
Lille-II	8
Lorraine	9
Lyon-I	3
Montpellier-I	3
Nantes	5
Nice	3
Paris-V	10
Paris-VII	10
Reims	8
Rennes-I	6
Strasbourg	4
Toulouse-III	6
TOTAL	95

Postuler à un CESP

L'étudiant peut, à partir de la deuxième année d'étude, déposer un dossier auprès de son UFR. Chaque UFR détermine le calendrier précis de dépôt des dossiers et des réunions de la commission de sélection. Toutefois, la commission doit transmettre au Centre national de gestion au plus tard le 15 janvier de chaque année les listes principale et complémentaire des étudiants retenus. La commission est composée du doyen de l'UFR ou de son représentant, du directeur général de l'Agence régionale de santé de l'interrégion ou de son représentant (afin d'assurer la représentation des régions de l'interrégion ne bénéficiant pas d'une UFR en odontologie), du conseil régional de l'Ordre, d'un représentant de l'Union régionale des professions de santé (URPS) et de l'étudiant. Elle examine le dossier du candidat et procède à une évaluation de son projet professionnel, de ses résultats universitaires et de tout autre élément que l'étudiant souhaite valoriser dans son dossier.

De son côté, Damien Lorre explique que *«les étudiants sont de plus en plus sensibilisés aux problèmes liés à la démographie de la profession. Le CESP n'est sans doute pas la seule solution, mais il a le double avantage d'aider les étudiants dans la construction de leur projet professionnel tout en intégrant la problématique du maillage territorial».* ■

(1) Arrêté du 20 octobre 2014 fixant au titre de l'année universitaire 2014-2015 le nombre d'étudiants en odontologie pouvant signer un contrat d'engagement de service public.

(2) Les territoires figurent sur une liste établie par le Centre national de gestion (CNG) à partir des propositions des Agences régionales de santé.

Le bureau du Conseil national à Reims

Le rapport Ferrand sur la réforme des professions réglementées, le Clesi, le numerus clausus et les flux migratoires professionnels ont été au cœur des débats.

Créer un lien avec les régions et les départementaux en instaurant des moments privilégiés de dialogue pour échanger sur l'actualité de notre profession : tels sont les objectifs des déplacements du bureau du Conseil national dans les régions.

Les 5 et 6 novembre derniers, le bureau s'est ainsi rendu à Reims pour une réunion de travail avec les conseillers régionaux et départementaux du *«Grand Est»*. Conduit par son président, Christian Couzinou, le bureau était représenté par André Micouleau et Gilbert Bouteille, vice-présidents, Myriam Garnier et Alain Moutarde, secrétaires généraux, et Alain Scohy, trésorier.

Les membres du bureau se déplaçaient pour une réunion décentralisée supervisée par Christian Kaempf, conseiller national représentant les régions du Grand Est. La rencontre s'est déroulée dans un esprit de grande confraternité et de convivialité à la faveur d'une organisation habilement orchestrée par Philippe Tricotteux, président du conseil régional de Champagne-Ardenne, et d'Alain Mollet, président du conseil départemental de la Marne.

41 conseillers départementaux et régionaux d'Alsace, de Lorraine et de Champagne-Ardenne ont participé aux débats.

Étaient présents 41 conseillers départementaux et régionaux d'Alsace, de Lorraine et de Champagne-Ardenne. Au total, 10 conseils départementaux étaient représentés : Ardennes, Aube, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Vosges. Le forum a été l'occasion pour les conseillers ordinaux de réagir à la publication du rapport Ferrand sur la réforme des professions réglementées. Christian Couzinou en a rappelé les conclusions impactant directement notre profession, c'est-à-dire la «transparence» sur les frais liés aux soins prothétiques et l'ouverture du capital des SEL aux professionnels de santé. Le cas du Clesi (ex-Pessoa) a également été évoqué, ainsi que le numerus clausus, la migration des étudiants à l'étranger et les prérequis relatifs à l'intégration des praticiens étrangers.

Autres thématiques abordées : les différents types de contrats, le DPC et la validité des formations hors DPC, le devis conventionnel, la loi Le Roux sur les réseaux de soins, la visite de conformité des cabinets dentaires et l'accessibilité. Enfin, la trésorerie et la gestion de la comptabilité propre aux conseils départementaux et régionaux ont été évoquées ainsi que les affaires en cours au sujet des *«low cost»*. ■

Le taux de sinistralité reste orienté à la hausse

L'augmentation continue de la sinistralité ne se dément pas, même si son rythme (+ 3 %) connaît un tassement en 2013 par rapport à 2012, selon les derniers chiffres de la MACSF. Après une « pause » toute relative en 2012, les litiges dans le domaine de l'implantologie repartent à la hausse en 2013.

Une augmentation « modérée » de la sinistralité en 2013 par rapport à 2012 pour les chirurgiens-dentistes. Voilà comment la MACSF qualifie l'évolution à court terme de la sinistralité pour notre profession, dans son rapport rendu public en novembre dernier. En pourcentage, le chiffre paraît en effet mesuré avec une sinistralité enregistrant un + 3 % entre 2013 et 2012. En chiffres, le nombre de déclarations émanant des plus de 25 000 chirurgiens-dentistes sociétaires de la mutuelle d'assurances s'élève en 2013 à 1527 contre 1484 en 2012 [1].

Mais, selon le principe du verre à moitié plein ou à moitié vide, c'est aussi un autre chiffre que communique la MACSF. Il permet de prendre la mesure de la tendance sur les dernières années. La MACSF relève ainsi que de l'augmentation de la sinistralité, dans notre profession, s'est élevée à 40 % entre 2011 et 2013.

Au total, en 2013, le taux de sinistralité franchit un palier et atteint les 6 %. Il était de 5,1 % en 2011 (5,9 en 2012). Pire encore, si l'on regarde plus en arrière : la MACSF recensait « seulement » 1087 déclarations en 2010. On en est donc à 1527 en 2013.

Dans le détail, l'implantologie reste plus que jamais une discipline exposée : 234 déclarations ont été enregistrées en 2013 contre 190 en 2012. La MACSF ne peut que constater une *« augmentation constante des déclarations dans cette catégorie thérapeutique »*. La mutuelle d'assurances relève ainsi que des *« réhabilitations implanto-portées étendues – soit via bridge complet, soit via technique "all on four" – sont mises en cause dans 51 dossiers, soit dans 22 % de l'ensemble des déclarations »*. Elle note que cette augmentation de la sinistralité est *« liée pour une majorité à une insuffisance de précautions lors du forage ou à une absence de mesures radiographiques pré-opératoires »*.

En implantologie, les sinistres sont majoritairement dus à des précautions insuffisantes lors du forage ou à une absence de mesures radiographiques pré-opératoires.

S'agissant des déclarations « mixtes », c'est-à-dire portant à la fois sur la phase chirurgicale et sur la réalisation prothétique, la MACSF a ouvert 51 dossiers en 2013. Les mêmes causes que celles citées précédemment sont en jeu, explique la mutuelle d'assurances, mais *« se superposent, cette fois, par exemple insuffisance d'ostéo-intégration et pose malgré tout d'une restauration prothétique (qui, de plus, s'avère parfois inadaptée) »*. Pour cette catégorie « mixte », analyse la MACSF, *« la moitié des réhabilitations a été réalisée par un seul praticien, l'autre moitié par deux praticiens. Dans ce contexte, nous retrouvons souvent comme critère inducteur des manquements constatés, une insuffisance, voire une absence totale de concertation (tant lors de la conception qu'en cas de réévaluation clinique), entre le praticien assumant la phase chirurgicale et celui assumant la restauration prothétique »*.

Hors implantologie, la MACSF comptabilise 1147 déclarations en 2013 (auxquelles il faut ajouter, pour être complets, 22 dé-

clarations pour *«sinistres matériels»* et 124 qui n'ont pas donné de suite à ce jour). Avec 664 déclarations, les litiges prothétiques (encore une fois, hors implantologie) se taillent la part du lion, même s'ils enregistrent une baisse (toute relative) par rapport à 2012. On comptabilisait dans cette catégorie 717 litiges en 2012 et 621 en 2011. Dans le détail, sur cette catégorie, la MACSF recense 115 déclarations en prothèses adjointes, 483 en prothèses conjointes, et 66 en prothèses mixtes.

S'agissant des *«Complications liées aux soins dentaires et chirurgicaux»*, elles s'élèvent en 2013 à 273 (420 en 2012), au rang desquelles 114 fractures d'instruments endo-canalaires. La MACSF croit devoir, s'agissant de cette sous-catégorie *«insister, cette année encore, sur la forte proportion des bris d'instruments rotatifs d'endodontie en nickel titane («fragilité» de l'instrument en dépit de la qualité de fabrication mais aussi non-respect du protocole d'utilisation préconisé, ouverture camérale et/ou accès canalaire)»*.

Autre catégorie : les dommages corporels. On relèvera que deux dossiers ont été ouverts sur la recherche de responsabilité consécutive à un décès. Le premier de ces deux décès, explique la MACSF fait suie *«à un cancer du maxillaire, non diagnostiqué avant extraction des molaires maxillaires»*. Quant à l'autre, le dossier a été ouvert *«après une septicémie alléguée en relation avec rescellement d'une CCM chez un patient porteur d'une prothèse de hanche»*.

Les litiges prothétiques, hors implantologie, se taillent encore la part du lion avec 664 déclarations pour l'année 2013.

Enfin les litiges liés aux actes en orthodontie se sont élevés en 2013 à 75. Parmi ces cas, la MACSF recense *«42 remises en cause du plan de traitement au titre d'insuffisance d'indications ou de diagnostic (dont absence de chirurgie orthognatique associée); d'insuffisance d'amélioration par rapport aux attentes esthétiques notamment ou par rapport aux objectifs proposés (dans six dossiers, le praticien aurait dû interrompre le traitement après avertissements formels, en fonction d'hygiène absente ou de démotivation prégnante du patient); d'une durée excessive; d'extraction de dents (réalisée ou non réalisée)»*. ■

(1) Données établies à partir des déclarations reçues par la mutuelle d'assurances parmi les 25 467 praticiens sociétaires de la MACSF-Le Sou médical et du contrat groupe CNSD.

CONSTITUTION DU NOUVEAU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'AVEYRON
APPEL À CANDIDATURES

Suite à la démission de la majorité des membres du conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de l'Aveyron, le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, en application des dispositions de l'article L. 4123-10 du Code de la santé publique, a décidé de procéder à des élections en vue de la constitution d'un nouveau conseil départemental.

Celles-ci auront lieu
le MERCREDI 11 FÉVRIER 2015.

Le nombre de candidats à élire est de 20 dont 10 membres titulaires et 10 membres suppléants.

Leur mandat expirera lors des renouvellements des conseils départementaux de 2016 et de 2019.

En application de l'article R. 4125-6 du Code de la santé publique, afin de permettre un renouvellement ultérieur par moitié, un tirage au sort sera effectué lors de la première réunion du conseil départemental pour déterminer ceux des membres titulaires et suppléants dont le mandat viendra à expiration lors des renouvellements des conseils départementaux de 2016 et de 2019.

APPEL À CANDIDATURES

Compte tenu du caractère exceptionnel de ces élections et des dispositions de l'article R. 4123-3 du Code de la santé publique, les déclarations de candidature, revêtues de la signature du candidat, doivent parvenir par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, au siège du Conseil national, **30 JOURS AU MOINS AVANT LE JOUR DE L'ÉLECTION**, c'est-à-dire au plus tard le jeudi 8 janvier 2015 à 16 heures (article R. 4125-1 du Code de la santé publique).

La déclaration de candidature peut également être faite, dans le même délai, au siège du Conseil national. Il en sera donné récépissé.

Le candidat indique son adresse, ses titres, sa date de naissance, son mode d'exercice, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels. Le candidat peut rédiger à l'attention des électeurs une profession de foi qui sera jointe à l'envoi des documents électoraux. Celle-ci, rédigée en français sur une page qui ne peut dépasser le format de 210 mm x 297 mm en noir et blanc, ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'Ordre défini à l'article L. 4121-2 du Code de la santé publique.

Toute candidature parvenue après l'expiration du délai prévu ci-dessus est irrecevable (l'heure de fermeture des bureaux pour le dernier jour de réception des candidatures est 16 heures).

La date limite de retrait par un praticien de sa candidature est fixée au mardi 20 janvier 2015 à 10 heures. Le retrait doit être notifié au Conseil national par lettre recommandée avec avis de réception ou déposé au siège du Conseil contre récépissé.

ÉLIGIBLES

En application des articles L. 4123-5 du Code de la santé publique et L. 145-2-1 du Code de la sécurité sociale sont seuls éligibles les praticiens de nationalité française ou ressortissants de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui sont inscrits au tableau de l'Ordre, sauf ceux qui ont été l'objet de sanctions disciplinaires conformément à l'article L. 4124-6 du Code de la santé publique et à l'article L. 145-2 du Code de la sécurité sociale, compte tenu de l'application des lois d'amnistie. Le candidat à cette élection doit être inscrit au tableau du conseil départemental de l'Aveyron et être à jour de sa cotisation ordinale.

ÉLECTEURS

Sont électeurs tous les praticiens inscrits au tableau au plus tard trois jours avant la date du scrutin.

La liste des praticiens inscrits au tableau de l'Ordre est affichée au siège du Conseil national à partir du jeudi 4 décembre 2014. Des réclamations peuvent être présentées, conformément aux dispositions de l'article R. 4123-1 du Code de la santé publique.

105 nouveaux étudiants reçus à l'internat

Cette année, 78 % des étudiants reçus au concours d'internat pour l'année universitaire 2014-2015 sont des femmes. Sans surprise, la filière en ODF se taille la part du lion.

Sur les 110 postes ouverts au concours de l'internat qualifiant pour l'année universitaire 2014-2015, 105 ont été pourvus, soit 7 postes supplémentaires par rapport à l'an passé.
La répartition entre les trois spécialités est sensiblement la même que pour 2013-2014, la spécialité en ODF se taillant la part du lion. Dans le détail, les postes pourvus en ODF s'élèvent cette année à 53, contre 50 l'année passée. En médecine bucco-dentaire, 37 postes ont été pourvus (32 pour 2013-2014). En chirurgie orale, le nombre de postes passe à 15 cette année (contre 16 précédemment).
Sans grande surprise, les étudiants les mieux classés ont fait le choix de l'ODF. Une exception notable cependant : une étudiante, à la troisième place du concours, a fait le choix de la spécialité en chirurgie orale.
On relèvera que le mouvement de féminisation se confirme, au concours de l'internat comme ailleurs. Cette année, 78 % des étudiants reçus au concours sont des femmes.
S'agissant des praticiens en exercice, une passerelle au concours de l'internat leur est ouverte (ils sont tenus de justifier d'une période d'activité d'au moins trois ans). Pour intégrer l'une des trois filières, ils doivent satisfaire aux épreuves d'un concours spécial appelé *«concours d'internat à titre européen»*.
La moyenne d'âge des praticiens ayant réussi l'internat, cette année, est de 32,5 ans (40 pour le plus âgé et 27 pour le plus jeune). Neuf places étaient proposées. Cinq candidats ont été reçus. Un seul d'entre eux a choisi la filière en chirurgie orale, les quatre autres ayant opté pour la filière en ODF. Rappelons que, pour l'année 2013-2014, cinq candidats avaient également été reçus. ■

78 % des étudiants reçus cette année au concours de l'internat sont des femmes.

Les chiffres clés

- **2012-2013 : 90 postes pourvus dont 59 en ODF, 16 en médecine bucco-dentaire et 15 en chirurgie orale.**
- **2013-2014 : 98 postes pourvus dont 50 en ODF, 32 en médecine bucco-dentaire et 16 en chirurgie orale.**
- **2014-2015 : 105 postes pourvus dont 53 en ODF, 37 en médecine bucco-dentaire et 15 en chirurgie orale.**

Vaucluse : condamnation de la mutuelle Eovi

Par jugement du 13 novembre dernier, le tribunal de grande instance (TGI) d'Avignon a jugé que la mutuelle Eovi *« s'est rendue fautive d'actes de publicité interdite et de concurrence déloyale à l'encontre de la profession de chirurgiens-dentistes »*, alors qu'elle demandait à ne pas avoir à respecter le Code de déontologie qui fait interdiction de recourir à la publicité. Le conseil départemental de l'Ordre du Vaucluse – auquel s'était associé le syndicat départemental des chirurgiens-dentistes du Vaucluse – reprochait à la mutuelle d'avoir distribué des tracts publicitaires, d'avoir installé, sur les façades de ses cinq centres à Carpentras, Orange, Cavaillon, Avignon et Le Pontet, des panneaux publicitaires de très grande dimension et enfin, d'avoir diffusé des messages à caractère publicitaire sur deux sites Internet. Dans sa décision, le TGI d'Avignon fait injonction à Eovi, entre autres, de *« cesser immédiatement tout acte publicitaire direct ou indirect et tout acte de concurrence déloyale sur tous supports, tant matériels que virtuels »*. Le tribunal ordonne aussi le retrait des mentions publicitaires sur les panneaux signalétiques de la mutuelle *« sous astreinte de 150 euros par infraction et par jour de retard à compter de la signification du présent jugement »*. Il ordonne par ailleurs le retrait des mentions à visées publicitaires figurant sur les sites Internet www.eovi.fr et www.centres-sante-mutualistes.fr et *« interdit à Eovi une nouvelle écriture de ces pages publicitaires »*, procédé auquel ont pu avoir recours d'autres centres condamnés, ce qu'a retenu le TGI à l'aune de cette expérience.

Prescription en DCI

À partir du 1er janvier 2015, les praticiens devront utiliser en priorité la dénomination commune internationale (DCI) pour toute prescription d'une spécialité pharmaceutique (1). Les logiciels d'aide à la prescription doivent avoir obtenu une certification, au plus tard le 1er janvier 2015. Les praticiens peuvent consulter la liste de logiciels certifiés sur le site Internet de la Haute Autorité de santé (HAS).

(1) Décret n° 2014-1359 du 14 novembre 2014.

Pas de cumul emploi-retraite pour les néo-retraités

Pour les pensions qui prendront effet à compter du 1er janvier 2015, la loi sur la réforme des retraites supprime certains des avantages du cumul inter-régime. En effet, jusqu'au 31 décembre 2014, les pensions liquidées dans l'un des régimes de base permettent l'ouverture de nouveaux droits lors de la reprise d'une activité relevant d'un autre régime de base. En revanche, à compter du 1er janvier 2015, la reprise d'activité, après liquidation dans un régime, n'ouvre plus aucun nouveau droit dans aucun autre régime. Le Conseil national conseille aux praticiens qui le peuvent, de liquider leurs droits et de débuter en cumul emploi-retraite avant la fin de l'année 2014. Nous reviendrons sur toutes ces nouveautés dans un prochain article.

Le Congrès de l'Ordre à Nice

»»»

C'est à Nice, les 17 et 18 octobre derniers, que l'Ordre a tenu son Congrès annuel, qui a rassemblé plus de 250 conseillers ordinaux représentant les départements et les régions de France [1]. Deux jours de travail intensif étaient programmés. Au total, six ateliers de formation étaient proposés, animés par les conseillers nationaux : l'actualité législative, les perspectives démographiques, l'exercice des praticiens dans l'UE et hors UE, les réseaux et la loi Le Roux, le consentement éclairé et, enfin, les contrats.

L'Ordre a eu les honneurs de l'accueil de Christian Estrosi, maire de Nice, qui a marqué son soutien à la profession face au projet de réforme des professions réglementées.

Le Pr Michel Goldberg est intervenu sur deux questions brûlantes : l'amalgame d'argent et le bisphénol A, tandis que le philosophe Raphaël Enthoven a donné son interprétation, brillante mais toute personnelle, de la relation patient-soignant.

Enfin, ce Congrès aura été marqué par l'allocution du président du Conseil national, Christian Couzinou, qui a déclaré ne pas souhaiter présenter sa candidature à sa propre succession en juin prochain. L'occasion pour lui de retracer – non sans émotion – sept années de présidence à la tête de l'institution ordinale. ■

(1) Seul un département, l'Hérault, manquait hélas à l'appel.

Le soutien de Christian Estrosi à la profession

Le maire de Nice, Christian Estrosi, a accueilli ce Congrès de l'Ordre des chirurgiens-dentistes en félicitant Christian Couzinou d'avoir choisi sa ville. C'est bien sûr le maire de Nice, mais aussi l'ancien ministre de l'Industrie qui s'est d'abord adressé aux conseillers ordinaux.

Christian Estrosi a relevé le dynamisme de Nice et de sa région (la ville accueille notamment le Centre national de référence Santé à domicile et Autonomie ainsi que l'Institut universitaire de la face et du cou) et a salué la constante *« montée en puissance »* de la faculté d'odontologie, en particulier dans le domaine de la recherche, dimension sur laquelle il a beaucoup insisté, mais aussi de l'innovation. Il a formé le vœu que *« la France soit capable – au-delà de ce que j'ai moi-même soutenu avec le triplement du Crédit Impôt Recherche, avec le Fonds stratégique d'investissement, avec les fonds biotech et bien d'autres sujets encore – d'aller beaucoup plus loin dans le domaine de l'innovation. »* Il a plaidé pour que *« 15 % à 20 % des 2 250 milliards d'euros d'épargne familiale aujourd'hui placés en assurance vie, soient positionnés sur l'épargne innovation »*.

C'est enfin, le parlementaire qui s'est exprimé devant les conseillers ordinaux. Christian Estrosi a dénoncé un *« texte absolument scandaleux sur les professions réglementées »*. Il a jugé que ce projet constituait *« une très grave erreur pour notre pays. Il est inconcevable que, là où nous incarnons encore l'excellence sur la scène internationale, grâce à chacun et à chacune d'entre vous, la profession réglementée qui est la vôtre soit modifiée et vous mette en difficulté en vous plaçant dans une situation concurrentielle déloyale. Voilà pourquoi*, a conclu le maire de Nice, *je voulais profiter de l'occasion extraordinaire d'avoir l'honneur et le privilège de vous rencontrer pour vous dire que mon engagement sera de tous les instants pour préserver ce que vous avez réussi à conquérir, génération après génération, pour faire de la France un pays d'excellence dans le domaine de l'odontologie »*. ■

»»»

Sept années de présidence

Christian Couzinou a annoncé, lors du Congrès de Nice, qu'il ne se présenterait pas à sa propre succession à la présidence du Conseil national, en juin 2015. Extraits.

Je voudrais vous remercier pour les sept années de présidence que je viens de passer. Vous le savez, j'ai décidé de ne pas me représenter à ma propre succession. [...] Rassurez-vous, j'exercerai mes fonctions jusqu'à leur terme, en juin prochain, avec le même engagement et la même volonté de faire avancer nos dossiers. [...]

Permettez-moi de faire un rapide *flash-back* sur ces années de présidence. Je vais éviter de dresser un autoportrait flatteur. Enfin... je vais essayer. Quelqu'un a dit, je crois que c'est Clemenceau : *« Ce n'est pas le tout d'être modeste, encore faut-il l'être avec humilité. »* Il avait parfaitement raison : les gens modestes paraissent toujours un peu suspects. Alors permettez-moi de vous dire, en toute immodestie, que je suis fier, avec les conseillers nationaux, d'avoir fait avancer avec succès le dossier de l'internat et ses trois spécialités. [...]

Je suis fier, avec les conseillers nationaux, d'avoir défendu avec succès notre capacité professionnelle sur le dossier de l'acide hyaluronique.

Je suis fier, avec les conseillers nationaux, d'avoir obtenu l'extension du CESP aux étudiants en odontologie. Et nous avons de bons espoirs de faire avancer l'inscription des assistantes dentaires dans le Code de la santé publique, dans le cadre de la future loi de santé.

Je suis fier, avec les conseillers nationaux, de lutter judiciairement, pied à pied, sans aucun état d'âme, contre les dérives de certains centres *low cost*, et contre les agissements d'officines dentaires basées à l'étranger.

[...] Et enfin, comme vous le savez, le gouvernement veut déréglementer notre profession. Il y a quelques semaines, et pour la première fois depuis 1945, l'Ordre des chirurgiens-dentistes a appuyé le mouvement de protestation des praticiens libéraux. Cette décision, je suis fier de l'avoir prise car il en va de l'avenir de notre profession. Mais ce dont je suis peut-être le plus fier, c'est que cette décision a été prise collectivement et unanimement par le bureau. J'ai encore le souvenir très vif de la satisfaction que j'en ai ressentie. Seul, on ne peut rien faire. C'est la raison pour laquelle il n'y a pas de « bon » président de l'Ordre. Il n'y a que des présidences réussies ou non. ■

Le rapport patient/soignant vu par Raphaël Enthoven

Philosophe, producteur et animateur d'émissions sur Arte et France Culture, Raphaël Enthoven a donné une intervention très dense sur le rapport entre le praticien et le patient, dont nous publions ci-dessous quelques extraits.

Il faut rappeler à quel point le métier que vous faites n'est pas seulement utile, indispensable, mais symbolique. [...] Votre profession a cette spécificité d'être associée, dans l'inconscient collectif, à des douleurs infinies [...]. Comprenez-moi bien : si la pratique change, la perception, elle, ne changera jamais. [...] On ne combat pas une idée reçue, et l'idée reçue sur les chirurgiens-dentistes est plus forte que tous les palliatifs qu'on lui trouve [...]. À cette dimension tout à fait spécifique du métier qui est le vôtre, et dont il faut prendre acte, s'ajoute le fait que, plus largement, la médecine n'est pas, ne doit pas et ne saurait être une science exacte. [...]

La médecine est une science humaine, c'est une science indécise, floue, mobile, hasardeuse. [...] Le premier à l'avoir compris, c'était un fils de médecin du nom d'Aristote. C'est lui qui, le premier, a défini la maladie comme inséparable de l'expérience qu'un malade peut en faire, et la pratique médicale comme devant à

>>>

chaque fois être reprise, à grands frais, en fonction de chaque patient. [...] La médecine n'est pas l'application d'une théorie, c'est le premier à l'affirmer, à un corpus qui viendrait se plier docilement aux valeurs absolues et aux règles immuables qu'on lui aurait imposées. Ça ne marche pas comme ça. La médecine est indissociable de sa pratique. On ne peut pas détacher la théorie médicale d'une pratique.

[Raphaël Enthoven cite alors un passage d'*À la recherche du temps perdu*, dans lequel le Dr du Boulbon soigne la grand-mère du narrateur.] Que dit le Dr du Boulbon à Madame ? Pas la vérité, mais seulement ce qu'elle a besoin de savoir pour aller moins mal. Il la rassure sans lui mentir, ni lui dire toute la vérité. On est là, me semble-t-il, dans l'intervalle infiniment compréhensif entre, d'un côté, le dogme d'une vérité radicale et, de l'autre, un affreux mensonge. Cet intervalle, c'est l'intervalle du soin. C'est l'intervalle de l'attention, de la solidarité, de la relation. Et c'est à l'intérieur de cet intervalle que se noue un élément non quantifiable, individuel, relationnel, non soluble dans un calcul ou dans un texte de loi. Ce disant, je ne défends pas le mensonge, je défends la souplesse, la flexibilité du médecin lui-même.

La médecine n'est pas l'application d'une théorie à un corpus qui viendrait se plier docilement aux valeurs immuables qu'on lui aurait imposées.

J'ai lu avec grand intérêt, et j'étais très impressionné, la charte du consentement éclairé [de l'Ordre des chirurgiens-dentistes]. C'est parfait, tout va bien, c'est le meilleur des mondes [...]. Il n'y a rien à dire, sauf que ça ne suffit pas et ne suffira jamais. Aucune réforme constitutionnelle, aucun texte de loi, aucun cadre ne suffit à modifier les comportements. [...] Rien ne viendra se substituer à la parole d'un praticien, et aucun texte de loi ne viendra se substituer à la relation singulière qu'un praticien peut entretenir avec son patient. [...] Il ne faut pas s'en remettre à la loi pour changer les comportements. Ce n'est pas ainsi que les choses fonctionnent. La loi donne bonne conscience, elle fixe un cadre, [...] mais elle ne dispense personne de l'exercice d'une activité dont le praticien est en un sens seul maître, c'est-à-dire seul serviteur.

[Raphaël Enthoven mentionne un extrait de *L'Âge d'homme* (Michel Leiris) et d'*Une vie* (Guy de Maupassant) dans lesquels la confiance des personnages est trahie par leur entourage.]

[...] Il me semble que l'on peut établir le fait que la confiance, l'élément de relation indispensable entre un patient et un praticien, n'est pas tant créée par la vérité que par la sollicitude. Et cette sollicitude vient aussi du fait qu'un praticien est aussi capable, dans une certaine mesure, d'éprouver les douleurs qu'il est contraint d'infliger. [...] La sollicitude implique une part de sensibilité qui va, je crois, au-delà du respect que l'on doit à tout homme et au-delà du respect garanti par la charte ou par le droit pour se tourner vers l'autre, auquel à cet instant, on donne un peu de soi-même sans compter.

Un bon praticien, me semble-t-il, est un praticien qui sait – par expérience et non par théorie, par sensibilité et non par artifice, par ouverture et non par comédie – trouver les mots qui montrent que le soin qu'il apporte, avant de n'être que de sa responsabilité est aussi et peut-être d'abord, à ses yeux, une affaire personnelle. [...] Aucune réforme systémique ne peut se substituer à la bonté dont un homme est capable au bon moment.

Le salut ne vient que de chaque individu qui, dans l'exercice singulier de sa pratique, accepte de faire ce geste-là, c'est-à-dire de se dépouiller suffisamment de lui-même pour donner à autrui le sentiment qu'il est littéralement en de bonnes mains.

[[Raphaël Enthoven évoque le rapport de Nietzsche à la douleur.]

[...] Le praticien n'est pas seulement celui qui dépose un savoir sur un corps qui n'est pas le sien, c'est celui qui donne du corps à l'idée que l'on se fait de son propre corps. Cette tâche a été trop longtemps la victime du sentiment que la médecine était une science exacte, ou du sentiment aujourd'hui renouvelé par l'idée que l'on pourrait un jour vaincre la mort.

[...] L'enjeu du consentement éclairé, ce jeu du consentement éclairé – auquel il faut ajouter la dimension du consentement éclairant, c'est-à-dire l'apprentissage par un

Au cours de ce Congrès, le Pr Michel Goldberg a donné une remarquable intervention, très documentée, destinée à dresser un état des connaissances scientifiques sur deux sujets importants : l'amalgame d'argent et le bisphénol A.

patient de la douleur qui l'attend – qui répond, de la part du patient, à l'aptitude qu'aurait le médecin à inspirer la confiance, ce jeu-là me semble de nature à distinguer le consentement de la résignation et à développer ce qu'il faut bien appeler une école de la peur. Et la peur, je crois, fait partie des éléments d'un soin. L'école de la peur est théorisée pour l'écologie par le philosophe Hans Jonas qui, dans *Le Principe Responsabilité* explique que la meilleure façon de préparer l'avenir est de faire peur aux humains. Il n'a pas tort. [...] Nous devons, dit Jonas, nous faire peur, non pas comme les enfants avec des histoires de fantômes, mais avec d'inquiétants futurs possibles. [...] Ce discours-là me semble devoir s'appliquer à la relation entre le patient et le praticien. [...] De la même façon qu'il n'y a pas de courage sans peur, je crois qu'il n'y a pas de confiance sans peur. [...] Il n'y a pas d'expression plus absurde que «*contrat de confiance*». La confiance ne vaut rien si elle est garantie par la loi. [...] Une confiance que la loi vient garantir, où la trahison serait ré-

La confiance, cet élément indispensable entre un patient et un praticien, n'est pas tant créée par la vérité que par la sollicitude.

primée par la loi, n'est pas une confiance. Vous n'allez pas accorder votre confiance à quelqu'un que la loi oblige à se conduire de manière à ce que vous puissiez lui faire confiance. C'est au trapéziste d'en face, lorsqu'il n'y a pas de filet, que vous accordez votre confiance au moment de sauter. [...]

Je voudrais finir sur une anecdote qui me semble indispensable et riche d'enseignement. Un jour, une maman vient avec son fils voir Gandhi et lui dit : «*Mahatma, c'est une catastrophe, mon fils mange des bonbons tout le temps, il s'abîme les dents.*» Réponse de Gandhi : «*Très bien, reviens me voir dans une semaine.*» La dame s'en va un peu déçue et revient une semaine plus tard ; Gandhi accueille l'enfant, le regarde et lui dit : «*Eh bien maintenant, tu vas arrêter de manger des bonbons !*» «*D'accord*», répond l'enfant. Et la mère de s'écrier : «*Mais pourquoi tu ne nous as pas dit ça la semaine dernière ?*». Et Gandhi lui rétorque : «*C'est parce que dans l'intervalle il fallait que j'arrête moi aussi.*» ■

>>>

ACTUALITÉ DES TEXTES DE LOI

Animée par **Christian Couzinou** et **Gilbert Lagier-Bertrand**, cette formation se proposait de dresser un état exhaustif des textes de loi – mais aussi réglementaires – parus en 2014 ou en préparation (la future loi de santé ou encore le projet de loi Macron sur les professions réglementées). Ont été décryptés, entre autres, les textes sur l'insuffisance professionnelle, le DPC, les mesures conventionnelles.

LES CONTRATS

Animée par **André Micouleau** et **Jean-Pierre Esquirol**, cette formation aux contrats avait pour objet de revenir sur les principaux «fondamentaux» en la matière, de plus en plus techniques, et de dresser un état des lieux des nouveautés législatives et réglementaires sur les contrats.

EXERCICE DES PRATICIENS DANS L'UE ET HORS UE

Animé par **Gilbert Bouteille**, **Christian Kaempf** et **Alain Scohy**, cet atelier a fait le point sur l'impact de la libre circulation au sein de l'Union, mais aussi hors de l'Union européenne. L'actualisation de la directive «Qualifications» a été abordée compte tenu des modifications qui entreront en vigueur en 2016. La plus saillante d'entre elles consiste dans un mécanisme d'alerte pour signaler à tous les Ordres européens le prononcé d'une suspension ou d'une radiation à l'encontre d'un confrère, ainsi que la sanction prise contre un professionnel qui aurait falsifié des documents ou des diplômes pour s'enregistrer auprès de son autorité.

DÉMOGRAPHIE

Animé par **Myriam Garnier** et **Jean-Marc Richard**, cet atelier s'est attaché à établir un bilan de la démographie professionnelle actuelle. À l'impact de dispositifs comme le CESP ou les mesures conventionnelles et aux apports de la sociologie de notre profession, il faut désormais ajouter les différents besoins de soins selon les régions ainsi que la migration des professionnels au sein de l'Union européenne ou des étudiants dans les universités dentaires européennes.

LOI LE ROUX – TRANSMISSION DES PLAINTES PAR LES DÉPARTEMENTS

Deux sujets étaient au menu de cette formation animée par **Pierre Bouchet**, **Michel Dubois**, **Jean Molla** et **Paul Samakh**. Les conseillers nationaux ont fait le point sur l'extension des réseaux aux mutuelles, qui sont autorisées à différencier leur prise en charge selon que le patient consulte ou non un praticien adhérent à une convention avec la mutuelle du patient. Une partie de cet atelier était aussi consacrée à un sujet plus «technique» portant sur la transmission des plaintes par les conseils départementaux de l'Ordre.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ – VIGILANCE

Animé par **Jean-Claude Luguet**, **Alain Moutarde** et **Geneviève Wagner**, cet atelier s'est intéressé à la charte sur le consentement éclairé que le Conseil national a récemment publié à l'usage des praticiens. Toutes les questions autour de cette thématique, qui allie pratique médicale et risque judiciaire, ont été abordées. Un point a également été fait sur l'actualité en matière de vigilances.

S'opposer à l'affiliation à la sécu, c'est avoir tort par la punition !

En résumé

Confrontée à un mouvement qui incite certains professionnels de santé à refuser de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à se désaffilier, l'Assemblée nationale propose de modifier l'article L. 114-18 du Code de la sécurité sociale. D'une part, celui qui incite les assujettis à ne pas s'affilier ou à se désaffilier pourra être plus sévèrement puni que par le passé : *« un emprisonnement de deux ans »* [six mois auparavant] *et/ou une « amende de 30 000 euros »* (au lieu de 15 000 euros). En bref : alourdissement de la sanction ! D'autre part, l'Assemblée nationale entend ajouter un nouvel alinéa à l'article précité : *« Toute personne qui refuse délibérément de s'affilier ou qui persiste à ne pas engager les démarches en vue de son affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale [...] est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 euros ou seulement de l'une de ces deux peines. »* Le praticien réfractaire est ici visé. Autrement dit, une nouvelle sanction.

Le contexte

Devoir s'affilier à un régime de sécurité sociale et ne pas inciter à se désaffilier ou à refuser de s'affilier ! Tels sont les deux injonctions que l'Assemblée nationale réaffirme avec force et vigueur dans notre droit à l'article 65 II du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 [1]. Pourquoi ces deux commandements ?
Ils sont une réponse à un mouvement, à une *« réaction sociale »*. D'aucuns critiquent, en effet, le système de sécurité sociale, notamment celui des travailleurs indépendants (catégorie à laquelle sont rattachés les chirurgiens-dentistes non conventionnés, soit une faible partie des praticiens) : ils l'attaquent sur le plan financier, notamment

la CSG et la CRDS ; ils s'insurgent contre les dysfonctionnements ; ils fulminent contre ce qu'ils perçoivent comme des ruptures d'égalité, le délai de carence pour percevoir les indemnités journalières en cas de maladie, par exemple, étant plus long que celui appliqué aux fonctionnaires et aux salariés [2]. De là, ces mêmes personnes en appellent à la *« désobéissance civile »* : ne pas s'affilier ou se désaffilier, tout en s'assurant auprès d'autres organismes. Les adeptes de l'Internet trouveront un site où l'on peut lire une cartographie des *« Libérés de la sécu »*. Cet appel n'est pas l'œuvre uniquement de praticiens ayant le statut social de travailleur indépendant.

L'Assemblée nationale réagit donc à une forme de « rébellion » de certains de nos concitoyens. « Rébellion » dont on peine à connaître l'ampleur. Selon le RSI (régime social des indépendants), il y aurait – au 30 septembre 2014 – 427 personnes désaffiliées sur 2,8 millions de cotisants (soit un taux de 0,01 %), et 75 recours judiciaires seraient en cours. Nous ne doutons pas que les chiffres présentés par les uns ne sont pas identiques à ceux avancés par les autres : les premiers s'emploieront à dénoncer ›››

›››› un phénomène plus étendu, les seconds auront tendance à le minimiser.

Cet appel à la « désobéissance » est-il illégal ? Les praticiens sont-ils poussés à se situer *« hors la loi »*, à méconnaître le droit ? Dit autrement, encourent-ils une sanction ? Le débat est bien connu. Sans entrer dans le détail de l'argumentation, l'on dira de manière schématique qu'il est prétendu que le droit français, qui oblige tout travailleur indépendant à s'affilier à un régime de sécurité sociale, serait contraire au droit de l'Union européenne, principalement à la libre concurrence, à la directive 92/49/CEE du Conseil du 18 juin 1992 sur l'assurance et à la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne [3]. Par une forme de raccourci de raisonnement, il a pu être écrit que *« la fin du monopole de la sécurité sociale »* avait sonné. Les juges français ont répondu par la négative. Aussi, selon eux, l'affiliation à un régime de sécurité sociale reste un devoir qui, s'il est méconnu, est sanctionné. C'est en ce sens que le tribunal des affaires de sécurité sociale de Vesoul s'est récemment prononcé dans un jugement d'avril 2014. Chacun le sait : le débat dépasse, indiscutablement, le seul cadre du RSI, pour toucher notre entier système.

L'Assemblée nationale, par l'article 65 II du projet de financement de la sécurité sociale pour 2015, le réaffirme également, ce qui du reste n'étonnera personne. Le plus important est toutefois ailleurs : l'Assemblée nationale touche aux sanctions, en les durcissant. Ce durcissement concerne tous les régimes de base (donc, pas seulement le RSI). Il est un moyen de *« contrôle et de lutte contre la fraude »* (intitulé du chapitre IV *ter* qui contient l'article L. 114-18, chapitre inséré dans le Livre I *« Généralités – dispositions communes à tout ou partie des régimes de base »*) à l'assurance maladie.

L'analyse

Les députés veulent modifier l'article L. 114-18 du Code de la sécurité sociale. Ce texte punit *« toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ou de payer les cotisations et contributions dues, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 euros ou de l'une de ces deux peines seulement »*. Il pénalise donc ceux qui incitent les individus à ne pas s'affilier ou à ne pas payer les cotisations ou contributions de sécurité sociale. L'article 65 II du projet de la loi alourdit la sanction : ce n'est plus *« un emprisonnement de six mois »*, mais *« un emprisonnement de deux ans »* ; ce n'est plus une amende de *« 15 000 euros »*, mais de *« 30 000 euros »* ! L'Assemblée nationale ne s'arrête pas là : elle propose d'ajouter un nouvel alinéa à l'article L. 114-18 du Code de la sécurité sociale. Ainsi : *« Toute personne qui refuse délibérément de s'affilier ou qui persiste à ne pas engager les démarches en vue de son affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale en méconnaissance des prescriptions de la législation en matière de*

sécurité sociale est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 euros ou seulement de l'une de ces deux peines. » C'est cette fois-ci le professionnel récalcitrant qu'elle vise. Encourent donc une sanction non seulement celui qui incite à la « désobéissance », mais également celui qui, tenu de s'affilier, ne s'y résout pas. En bref, le choix est fait de sanctionner « large » et « fort » !

Il est toutefois permis de s'interroger sur cette option. La pénalisation est-elle le « *bon choix* » ? Dans le prolongement, l'amplification de la pénalisation est-elle la voie à retenir ? Nos députés sont partagés. Certains d'entre eux considèrent qu'il faut « *adopter des mesures plus dissuasives face à des mouvements qui incitent de plus en plus d'assurés à se désaffilier et qui remettent en cause le système solidaire et universel de sécurité sociale français* » ; ils s'offusquent de ce mouvement « *qui a toujours existé, mais qui renforce son discours, en instrumentalisant le droit européen et en particulier des arrêts de la Cour de justice, qui ne remettent absolument pas en cause le monopole de la sécurité sociale* ». Un autre député a trouvé « *important de prendre garde à ce que les Français soient affiliés à un régime* », mais a jugé « *la sanction un peu lourde* » ; il doute également que « *les réfractaires adhéreront plus parce qu'il y a une sanction* ».

Les députés sont partagés sur le durcissement des sanctions. Certains d'entre eux estiment préférable d'avoir raison par l'adhésion plutôt que par la pénalisation.

Il est peut-être une autre façon de faire. Tout d'abord, convaincre que notre droit est conforme au droit de l'Union européenne ; tout doute de nature juridique doit être levé pour mettre fin, sur un sujet aussi important, au « *jeu des interprétations du droit* », c'est-à-dire à ce ping-pong où chacun tente de faire dire au droit (textes ou décisions de justice) non pas nécessairement ce qu'il dit, mais ce qu'il veut lui faire dire. Comment ? Parce que le débat juridique est placé sur le terrain communautaire, le citoyen (naïf ?) a tendance à croire qu'il suffit d'interroger l'autorité compétente à cette échelle, et de diffuser sa réponse. Ensuite, une réflexion sur l'équité des différents régimes (en termes de contenu, de fonctionnement, etc.) de sécurité sociale mérite d'être menée ; il s'agit cette fois de convaincre sur le « fond », d'accepter de mettre en perspective les régimes, de les étudier à l'aune de la société d'aujourd'hui, et ainsi de préparer l'avenir. Il est une phrase qui nous revient à l'esprit : avoir raison par l'adhésion et non par la punition. ■

David Jacotot

(1) Texte n° 414 adopté par l'Assemblée nationale le 28 octobre 2014.

(2) Il est en principe de trois jours pour les salariés, alors qu'un fonctionnaire bénéficie desdites indemnités dès le premier jour de maladie.

(3) Un grand nombre de publications fleurissent à propos de l'arrêt n° C 59/12 de la CJUE du 3 octobre 2013, aff. « *BKK Mobil Oil Körperschaft des öffentlichen Rechts contre Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs* », en extrapolant sur la fin du monopole de la sécurité sociale et la liberté d'adhésion concernant les différents régimes de protection sociale.

Traitement ODF : la Cour de cassation droite dans ses bottes

En résumé

Voilà une patiente âgée de plus de 16 ans qui a été victime d'un accident à l'origine d'une fracture du condyle gauche. Un chirurgien-dentiste lui propose un traitement orthodontique pour rétablir *« l'occlusion par gouttière et appareillage »* et déclenche la procédure d'entente préalable. Cinq mois plus tard, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) contacte la patiente pour l'informer du refus de la prise en charge. C'est dans ces conditions qu'un contentieux naît, et se termine de la manière suivante : le tribunal ne pouvait condamner la CPAM à prendre en charge le traitement litigieux car *« celui-ci, non inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels, n'avait pas fait l'objet d'une demande d'accord préalable pour une prise en charge par assimilation à un acte de même importance figurant à la nomenclature »*. Telle est la conclusion de la Cour de cassation.

Le contexte

Par un arrêt récent [1], la Cour de cassation casse la décision des premiers juges [2] qui avaient admis la prise en charge par la sécurité sociale d'un traitement d'orthodontie au profit d'une adulte. La situation factuelle est la suivante. Une patiente âgée de plus de 16 ans, consécutivement à une chute, subit une *« fracture du condyle gauche »* [3]. Le chirurgien-dentiste consulté propose un traitement d'orthodontie pour *« rétablir l'occlusion [qui n'existait plus après la fracture du condyle gauche] par gouttière et appareillage »* [4] ; il déclenche le processus d'entente préalable, et utilise pour ce faire, le 19 juillet 2011, l'impri-

mé établi par la sécurité sociale, nous dit-on ; selon toute vraisemblance, il s'agit du formulaire Cerfa n° 10518 [5].

Presque cinq mois plus tard, soit le 15 décembre 2011, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) envoie un courrier à la patiente dans lequel il est indiqué que son traitement ne peut *«être pris en charge en raison du dépassement de l'âge limite prévu par le règlement en ODF»*. S'il y est également mentionné que la caisse a bien reçu la demande d'entente préalable, il n'est pas fait état d'une quelconque explication qui permettrait de comprendre cette réaction pour le moins tardive (plusieurs mois après l'envoi de la demande d'entente préalable). Quoi qu'il en soit, la patiente conteste la décision de la CPAM et saisit le tribunal ; elle entend obtenir des juges la condamnation de la caisse à prendre en charge son traitement. Son raisonnement est aisé à appréhender.

- Dans l'imprimé établi par la sécurité sociale, il est écrit : *«La réponse de la caisse doit être adressée au plus tard le quinzième jour suivant la réception du présent formulaire. L'absence de réponse dans ce délai équivaut à un accord.»*
- La caisse ne soulève aucun problème de réception du courrier ; cette remarque est destinée à montrer que le point de départ du délai de 15 jours ne saurait être reporté dans le temps (par exemple début décembre 2011).
- Le délai de 15 jours a expiré sans que la caisse ait répondu dans ledit délai.
- Ce silence, qui correspond à une absence de réponse, *«équivaut à un accord»*. La patiente plaide donc l'accord tacite de prise en charge.

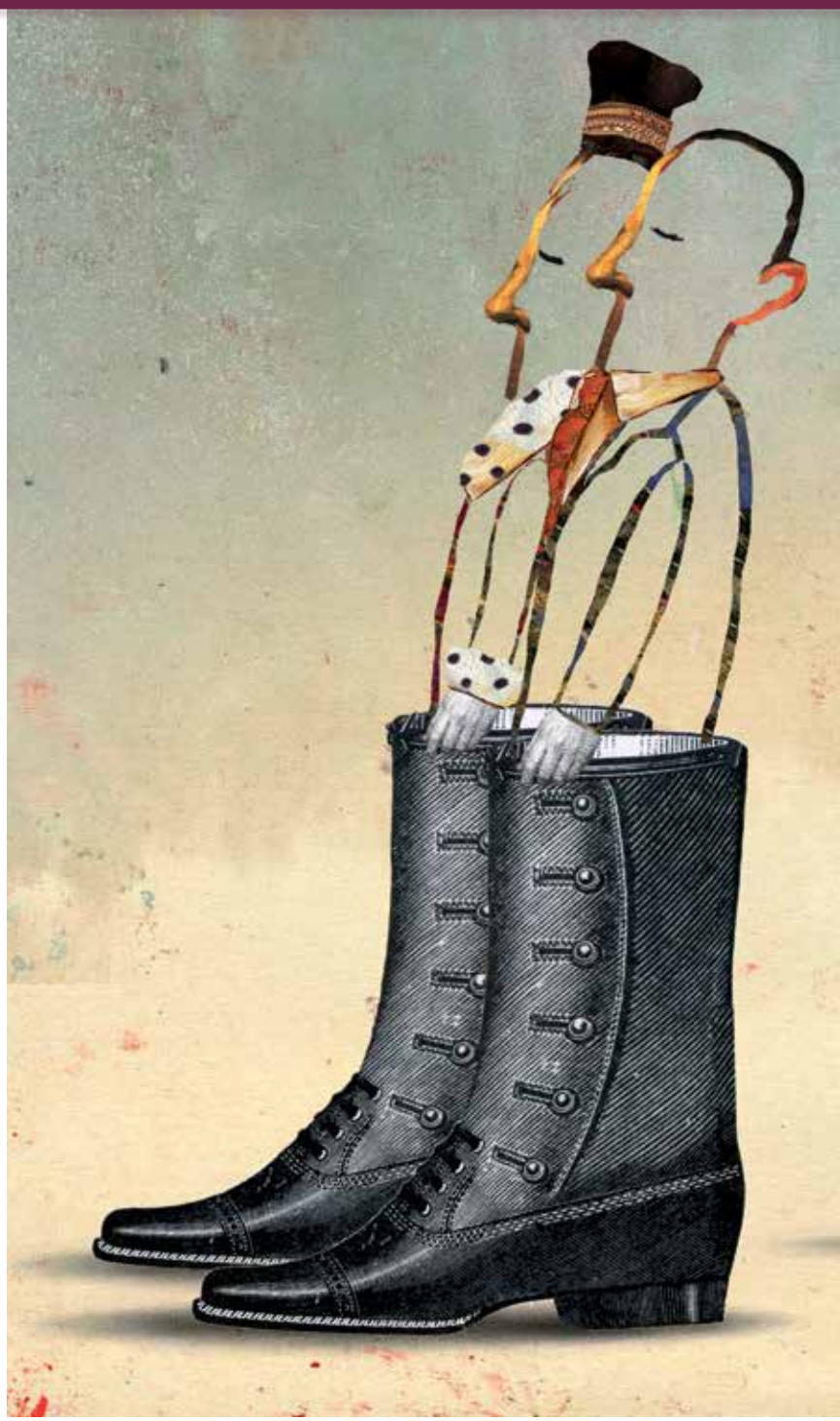
En raison de la réponse tardive de la caisse et du caractère inhabituel du traitement prodigué, les premiers juges ont considéré que les soins devaient être pris en charge.

Cette argumentation convainc les premiers juges. Ils considèrent que *«les soins reçus par M^me^ X doivent être pris en charge»*. D'une part car *«la caisse, qui n'a pas répondu dans le délai de 15 jours suivant la réception de la demande d'entente préalable, est réputée avoir donné son accord»*. Et, d'autre part, parce qu'*«il ne s'agissait pas d'un traitement orthodontique classique, comme en bénéficient de nombreux enfants, mais de soins de type orthodontique destinés à remédier au défaut d'occlusion de la bouche à la suite de la fracture du condyle gauche»*.

La caisse ne s'arrête pas là. Elle poursuit le contentieux et forme alors un pourvoi devant la Cour de cassation aux fins d'obtenir cassation du jugement, et donc de ne pas avoir à prendre en charge le traitement.

L'analyse

La Cour de cassation casse, effectivement, la décision du tribunal. Pourquoi ? Citons les textes mobilisés par la haute juridiction : l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale, qui pose le principe de la prise en charge d'un traitement subordonné à son inscription sur une liste établie dans les conditions détaillées par ce même texte, et les articles 4 et 7 de la première partie de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) fixée par arrêté du 27 mars 1972 modifié. ›››



Que disent-ils ? Tout d'abord, les textes réglementaires ne prévoient pas la prise en charge du traitement litigieux. Ensuite, l'article 4 précité [6] concerne le *« Remboursement par assimilation »*. Plus précisément, son point 1 dispose : *« Lorsqu'un malade présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas à la nomenclature [les juges constatent que la patiente se trouve dans cette situation], l'acte exceptionnel peut être assimilé à un acte de même importance porté sur la nomenclature et, en conséquence, affecté du même coefficient. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'avis favorable du contrôle médical rendu après examen clinique du bénéficiaire par le praticien-conseil et à l'accomplissement des formalités de l'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après [d'où le renvoi à ce texte auquel procède la Cour de cassation]. Toutefois, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de 15 jours doit être considérée comme un accord tacite de la demande d'assimilation. »*

Forte de ces fondements juridiques, la Cour de cassation conclut *« qu'en statuant ainsi, alors qu'il ne résultait pas de ses constatations que le traitement litigieux, non inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels, avait fait l'objet d'une demande d'accord préalable pour une prise en charge par assimilation à un acte de même importance figurant à la nomenclature, le tribunal a violé les textes susvisés »*.

Dit autrement, la Cour reprend en partie le raisonnement de la caisse :

- La NGAP n'envisage la prise en charge des traitements d'orthodontie qu'au seul profit des patients dont l'âge n'excède pas 16 ans ;
- Aussi un traitement orthodontique au profit d'un assuré qui a dépassé cette limite d'âge est-il un acte qui ne figure pas à la nomenclature.

Là où la CPAM précisait que

cette circonstance (acte non prévu à la nomenclature) rend inopérante la seule procédure d'entente préalable [7], la Cour de cassation, quant à elle, indique qu'il aurait fallu établir une demande d'accord préalable pour une prise en charge par assimilation. En cela, la haute juridiction met en avant une dimension formaliste : le remboursement par assimilation doit apparaître dans la demande d'accord préalable. Les chirurgiens-dentistes qui pratiquent l'ODF apprécieront la solution de la Cour de cassation... à sa juste valeur ! Le juriste y voit une interprétation des textes, d'une part, à tout le moins rigide, d'autre part. Il s'agit bien d'une interprétation : l'article 4 manque de clarté, sa lisibilité et son intelligibilité – dont on rappelle qu'ils sont des objectifs à valeur constitutionnelle – pouvant être critiquées. Cette interprétation évite de puiser dans les deniers publics, surtout en ces temps difficiles. Néanmoins, cette dimension très formaliste peut apparaître humainement bien sévère. C'est se bercer d'illusions que de croire que la caisse pouvait « *rectifier le tir* » en contactant plus rapidement la patiente ; le temps de l'un (la patiente espérait à juste titre une réponse sous bref délai) n'est *a priori* pas le temps de l'autre... ■

David Jacotot

(1) Cass., 2e ch. civ., 9 octobre 2014, n° 13-23110.

(2) En l'occurrence, un tribunal des affaires de sécurité sociale, juridiction compétente lorsqu'un patient conteste une décision d'une Caisse primaire d'assurance maladie.

(3) Diagnostic mentionné dans l'arrêt sous analyse, qui s'appuie sur les résultats du centre d'imagerie médicale.

(4) Selon les informations mentionnées dans l'arrêt.

(5) Ou encore S3150. On trouve trace de ce formulaire sur le site *service-public.fr*.

(6) Dont on rappelle qu'il a été modifié par le décret n° 2001-532 du 20 juin 2001 – *JO* du 22 juin – puis abrogé par la décision Uncam du 11 mars 2005 pour les actes inscrits au Livre II (CCAM).

(7) En outre, ajoutait-elle, la prise en charge d'un tel traitement est subordonnée à l'avis favorable du contrôle médical et à l'accord préalable de la caisse.

Mayday

Éric Lenfant

1987 : Docteur en chirurgie dentaire

1991 : Fondateur de SUD, un service d'urgences dentaires de nuit

1999 : Fondateur de MédiForm Consult

2002 : Maîtrise en sciences biologiques médicales

2005 : Fondateur associé de l'école de pilotage d'avion Air Explorer

« *En nous confrontant à la mouvance et au pouvoir de la matière vivante, notre activité de chirurgien-dentiste est une leçon d'humilité quotidienne.* » Pour Éric Lenfant, rien n'est donc définitivement acquis. Son curriculum vitæ est la preuve de ce credo, puisque notre confrère est aussi entrepreneur, formateur, auteur d'ouvrages scientifiques pluridisciplinaires… et même aviateur !

Son diplôme de chirurgie dentaire en poche en 1987, Éric Lenfant fonde, quatre ans plus tard, le SUD, un service d'urgences dentaires de nuit, d'abord dans la région lyonnaise, puis dans d'autres grandes villes, sous l'égide d'André Robert, ancien président du Conseil national de l'Ordre. Il gérera ce service pendant une dizaine d'années. « *Nous étions 25 praticiens volontaires à nous relayer pour effectuer des gardes nocturnes avec pour objectif de désengorger le standard du 15 des appels dentaires. À Lyon, si on peut greffer un cœur dans la nuit, on peut aussi traiter des complications dentaires !* », explique-t-il.

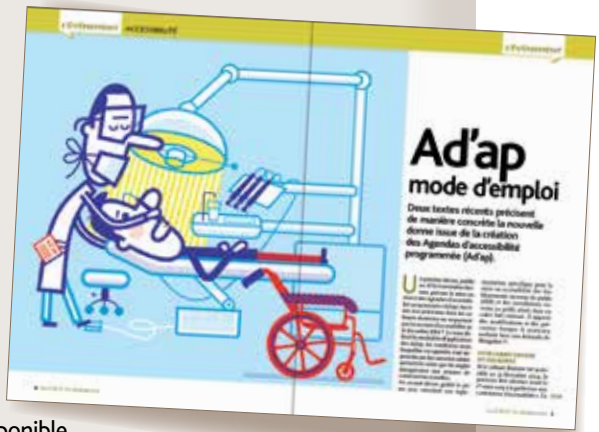
À Lyon, si on peut greffer un cœur dans la nuit, on peut aussi traiter des complications dentaires !

En 1999, il crée MédiForm Consult. Spécialisé dans les milieux hostiles et les risques NRBC (nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques), cet organisme dispense des formations aux professionnels de santé : « *Nous essayons de faire discret mais performant. L'expérience et le pragmatisme sont les deux qualités exigées chez nos formateurs. Nous accordons en effet une grande importance à la compétence, aux nouvelles réglementations, mais aussi à l'aspect opérationnel de nos formations.* »

Depuis avril, son équipe et lui travaillent sur Ebola qui est étudié, depuis longtemps, au laboratoire P4 de Lyon. Il considère à ce propos que notre profession n'est pas assez dans les écrans radars des pouvoirs publics : « *Nous avons un rôle de sentinelle médicale. Certaines maladies ou virus comme Ebola* présentent *des localisations buccales précoces, donc annonciatrices. En cela, nous pouvons jouer un rôle dans le diagnostic précoce et l'alerte.* » Du reste, en cas de pandémie, les chirurgiens-dentistes font potentiellement partie, selon lui, des personnes les plus exposées. « *En cas de virus hautement pathogène à transmission aérienne, nous, chirurgiens-dentistes, buvons le poison à la source.* » Il tient à rappeler une règle ancestrale en cas d'épidémie : hygiène des mains, port de gants et du masque. Aucun contact direct avec le visage ne doit en effet se produire. Il insiste sur « *deux facteurs qui aggraveront les prochaines épidémies : l'urbanisation délirante et la mondialisation* ». Éric Lenfant précise néanmoins qu'il ne s'agit pas de dramatiser, mais d'adopter un comportement approprié.

Éric Lenfant sait ce qu'urgence ou gestion du risque signifient : « *En avion, à l'hôpital, au cabinet, dans ses formations, on lance des procédures d'urgence. Tout chirurgien-dentiste a ses "Mayday". Avec une solide connaissance et de l'entraînement, on garde son sang-froid pour agir au mieux. L'aviation et l'art dentaire ont un dénominateur commun : la formation et la rigueur dans l'acte. Entraînement dur, combat facile !* » ■

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice



✔ ACCESSIBILITÉ

Un praticien dont le cabinet dentaire n'est pas aux normes de l'accessibilité au 1er janvier 2015 doit déposer à la mairie ou à la préfecture un Agenda d'accessibilité programmé (Ad'Ap) avant le 27 septembre 2015. Les demandes de dérogation doivent être incluses dans les dossiers d'Ad'ap. L'autorité compétente dispose de quatre mois pour répondre au praticien. Au-delà, son dossier d'Ad'ap est réputé accepté. Le formulaire Cerfa pour constituer un dossier d'Ad'ap sera prochainement disponible.

✔ DPC

Depuis le 17 octobre 2014, l'OGDPC ne prend financièrement en charge qu'un seul programme de développement professionnel continu par an et par chirurgien-dentiste. Néanmoins, les praticiens inscrits avant cette date à un ou plusieurs programmes de DPC bénéficieront d'une prise en charge pour l'ensemble de leurs programmes dans la limite de leur enveloppe annuelle.

✔ MOTEURS DE RECHERCHE

Des notations de praticiens circulent sur Internet *via* des moteurs de recherche, à l'insu des chirurgiens-dentistes. Si ce type d'informations remonte des moteurs de recherche, le praticien peut faire valoir le droit d'opposition prévu dans la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

✔ PASSERELLE INTERNAT

Les praticiens justifiant d'au moins trois ans d'exercice peuvent se présenter au concours de l'internat *« à titre européen »* afin d'intégrer l'une des trois filières en orthopédie dento-faciale, chirurgie orale ou médecine bucco-dentaire. Un arrêté publié en début d'année prochaine fixera la date et le lieu où se déroulera le concours pour l'année universitaire 2015-2016.

La Lettre n° 133 – Décembre 2014

Directeur de la publication : Christian Couzinou / Ordre national des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 34 78 80 – **Fax :** 01 47 04 36 55 / *www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/*
Conception, rédaction et réalisation : Texto Éditions – Tél. : 01 58 30 70 15
Direction artistique : Ewa Roux-Biejat. **Secrétariat de rédaction :** Corinne Albert. **Illustrations :** Dume et Bruno Mallart. **Couv. :** Ewa Roux-Biejat.
Photos : Fotolia : pp. 1, 7-9, 11, 23, 44. J. Renard : p. 3. D.R. : pp. 19, 42. Jean-Christophe Magnenet : pp. 2, 25-33.
Imprimerie : Corlet/Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs/Dépôt légal à parution ISSN n° 12876844

Diagnostiquez vous-même l'accessibilité de votre cabinet dentaire

Avec la création des Ad'ap, le ministère du Développement durable met à votre disposition un outil en ligne d'autodiagnostic du niveau d'accessibilité de votre cabinet dentaire.
www.accessibilite.gouv.fr / « Réalisez votre diagnostic »

ONCD www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr